

VINTURA

# ZORG NU VOOR LATER

GERICHTE TRANSFORMATIE NAAR  
**DUURZAME, PASSENDE ZORG**  
VOOR IEDEREEN



## COLOFON

Copyright © 2020 Vintura

Auteurs

**Noël van Oijen, Partner, Vintura**

**Arno Rutte, Director, Vintura**

**Casper Paardekooper, Partner, Vintura**

**Susanne Baars, SocialGenomics**

Design en illustraties **Rippel**

Niets uit deze publicatie mag worden gereproduceerd, opgeslagen in een zoekstelsel of verzonden, in welke vorm en op welke manier dan ook, elektronisch, mechanisch, fotokopiëren, opnemen, scannen of anderszins, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van Vintura.

# INHOUD

---

1. OPROEP & MAATREGELEN
2. OVERWEGINGEN
3. DE TOEKOMST

1. **OPROEP & MAATREGELEN**
2. OVERWEGINGEN
3. DE TOEKOMST

Vintura is een adviesbureau in de gezondheidssector. We werken al 20 jaar voor een brede set aan doelgroepen die samen het zorgstelsel vormen. We stellen ons ten doel om ‘**meaningful impact in healthcare**’ te hebben. Positieve, zinnige en blijvende impact voor onze klanten, het stelsel en natuurlijk patiënten. Onze gedreven mensen brengen actief partijen op allerlei niveaus bij elkaar om beleid, processen en structuren te verbeteren. Stap voor stap maken we zo met zijn allen de zorg beter.

Maar is dat genoeg? We denken van niet. Er zit een aantal tekortkomingen in het systeem dat noodzakelijke doorbraken in de weg zit. Dat zit ons dwars. Het betekent dat we soms bezig zijn met tussenoplossingen die niet voldoen aan de eisen van onze eigen missie. Of dat we structuren en initiatieven zien ontstaan waar ons de lange termijn waarde van ontgaat. Dat moet anders. Vandaar dit document; een oproep aan bestuurders, beleidsmakers en politiek om te kijken of we een doorbraak kunnen forceren.

We staan hier zeker niet alleen in, er liggen goede visies, manifesten en andere stukken van allerlei partijen met hetzelfde doel als ons document. We konden het toch niet laten om ons verhaal te vertellen; het moest.

En een extra duwtje kan nooit kwaad....

Namens heel Vintura,  
Noël, Arno, Casper

# OPROEP

---

Nederland kent veel goede zorg. Gelukkig maar! In de afgelopen decennia is een zeer uitgebreid zorgaanbod ontstaan, met een enorme diversiteit, van huisarts tot universitair medisch centrum, van wijkverpleging tot verpleeghuis.

Maar hoewel de zorg gemiddeld goed is, ontstaan er steeds meer problemen. Veel mensen krijgen zorg die niet of slechts ten dele bijdraagt aan het verbeteren van hun kwaliteit van leven. Ze hebben te maken met onderbehandeling waardoor klachten blijven of met overbehandeling waardoor de kosten en de last van de behandeling te hoog zijn. Ze hebben te maken met lange zoektochten naar de juiste behandeling en kunnen die lang niet altijd vinden. Bovendien laten we veel kansen liggen bij het bevorderen van gezondheid, terwijl voorkomen veel beter is dan genezen.

De huidige zorg is financieel, maar voornamelijk ook qua bemensing niet duurzaam. Als we op de huidige manier doorgaan zullen in 2040 de collectieve zorgkosten zijn verdubbeld. Ook zal het aantal professionals dat

in de zorg aan het werk is met 770 mensen per week moeten stijgen om aan de zorgvraag te voldoen. Dat is onmogelijk. Als we niets doen stevenen we af op een zorginfarct.

Daarom ontkomen we er niet aan om de zorg drastisch te veranderen. Zodat alle mensen nu en over 20 jaar duurzaam kunnen rekenen op de passende en persoonlijke zorg die zij nodig hebben ten behoeve van een goede kwaliteit van leven.

In dit document geven we een schets van de duurzame zorgtoekomst die volgens ons noodzakelijk is.

**Die duurzame zorgtoekomst is haalbaar, als we nu de handen ineen slaan om die mogelijk te maken. Als we voorbij gaan aan ideologische vergezichten en eigen belangen, maar echt de belangen van de huidige en toekomstige patiënten centraal zetten. Maar dan moeten we snel en concreet en gericht aan de slag. Doet u mee?**

## DE BENODIGDE VERANDERING GAAT TE TRAG. WE HEBBEN EEN GEFUNDEERD EN GEDEELD TOEKOMSTBEELD NODIG OM VERSNELD GEZAMENLIJK NAAR TOE TE WERKEN

- \ Er zijn tal van ideeën, projecten, pilots en initiatieven, maar structurele veranderingen blijven uit. Digitalisering, regiovorming, Value Based Health Care, zinnige zorg, Juiste Zorg Op de Juiste Plek: aan goede ideeën is geen gebrek. Initiatieven blijken echter weinig schaalbaar, lopen tegen beperking van het systeem en de randvoorwaarden aan. Grote stappen worden daardoor niet gemaakt.
- \ Het veld, het systeem en de marktwerking 'gewoon' zijn werk laten doen kost veel tijd, geld en menskracht. Die luxe hebben we niet. Er is nu meer sturing en richting nodig. Laten we samen efficiënt en effectief naar een beter stelsel toewerken.
- \ Er is een gedeelde visie nodig om grote stappen vooruit te maken, anders gaan we alle kanten op en blijven we ongeveer stilstaan. We bouwen nu teveel tussenoplossingen die later weer moeten

wijken. Laten we gecoördineerd in een gezamenlijke richting werken en kennis en resources bundelen. Samen staan we sterker, besparen we tijd, kosten en gaan we sneller.

- \ Alle partijen hebben een verantwoordelijkheid en dienen eigenaarschap te nemen. Alleen met zijn allen lossen we het op. Overheid, aanbieders, industrie, verzekeraars, toezichthouders; praten met elkaar en niet over elkaar. Met een gefundeerd en gedeeld toekomstbeeld als richting om versneld gezamenlijk naar toe te werken en te bouwen.
- \ Niets doen is geen optie. We kunnen niet langer rechtvaardigen om niets te doen, zeker niet met moderne technologie, gemotiveerde mensen, kennis en resources die beschikbaar zijn. Elke dag dat we niets doen kost mensenlevens, kostbare tijd en heel veel geld. **Laten we nu voor later zorgen.**

# WAT IS DUURZAME, PASSENDE ZORG?

---

## EEN TOEKOMST WAARIN BEVORDEREN VAN GEZONDHEID EN PREVENTIE CENTRAAL STAAN

- \ Gezondheid is beter dan genezen. Daarom moet het bevorderen van gezondheid ook echt het vertrekpunt zijn, niet het sluitstuk.
- \ Met behulp van persoonlijke data en slimme technologie leggen we het fundament waarmee mensen zowel zelf als met behulp van professionals gericht kunnen werken aan het verbeteren en het behoud van gezondheid.

## EEN TOEKOMST WAAR ZORG ZICH NIET VORMT ROND GEBOUWEN WAAR DE ZORG GELEVERD KAN WORDEN, MAAR ROND DE INDIVIDUELE PATIËNT

- \ Ook als gezondheid voorop staat, zullen mensen ziek worden. Op dat moment kunnen ze rekenen op passende zorg op de juiste plek, door het meest geschikte team, met de juiste informatie, op het juiste moment.
- \ De zorg die we leveren is gericht op een persoonlijke uitkomst: het verbeteren van de kwaliteit van leven van de patiënt.
- \ Daarom geven we ruim baan aan persoonlijke slimme, datagedreven zorg, inhoudelijk en procesmatig passend, gebaseerd op de laatste wetenschappelijk inzichten.

## EEN TOEKOMST WAAR ZORG PLAATSVINDT IN EEN STIMULERENDE EN LERENDE OMGEVING.

- \ Als het prettig is om zorg te leveren en te ontvangen, kunnen we de bestaande zorgprofessionals behouden en mensen blijvend verleiden hun talenten optimaal in te zetten voor de zorg.
- \ Dat vraagt om zorg die geleverd wordt met volle aandacht voor relaties, samenwerking en kennisdeling, in een omgeving waarin vertrouwen en transparantie voorop staan.
- \ Dat kan binnen een lerend stelsel, waarin we leren van elke patiënt en de zorg iedere dag een stukje beter wordt.

# GEZONDHEID IS BETER DAN GENEZEN



**DROOM OF  
WERKELIJKHEID?**

---

## DROOM OF WERKELIJKHEID?

NIET ALLES KAN, DAT WETEN WE ALS GEEN ANDER. **TOEGANKELIJKHEID, BETAALBAARHEID EN KWALITEIT** STAAN SOMS OP GESPANNEN VOET MET ELKAAR. ZEKER NU DE VRAAG GROTER WORDT EN BEHANDELINGEN VAAK DUURDER

WE DENKEN ECHTER DAT ER **VEEL RUIMTE IS VOOR VERBETERING** WAARBIJ ER WINST IS TE BEREIKEN OP ALLE TERREINEN.

PREVENTIE, BEHOUD EN VERBETERING VAN GEZONDHEID, **SLIMME DATAGEDREVEN ZORG**, ZINNIGE ZORG, ZORG OP DE JUISTE PLEK, GEPERSONALISEERDE ZORG, **VALUE BASED HEALTH CARE** ZIJN ALLEMAAL ZAKEN DIE WE KUNNEN INZETTEN OM, IN IEDER GEVAL IN DE KOMENDE JAREN, DE (KOSTEN) GROEI TE BETEUGELN ÉN KWALITEIT TE DOEN TOENEMEN.

DE GEPRESENTEERDE PLANNEN ZIJN **GEEN ONREALISTISCHE WENSEN**, MAAR ZAKEN DIE WE MET ELKAAR DAADWERKELIJK KUNNEN REALISEREN.

MAAR DAT GAAT NIET VANZELF. ALLEEN ALS WE HIER VANAF NU GERICHT **GEZAMENLIJK** DE JUISTE STAPPEN VOOR ZETTEN, MAKEN WE VAN ONZE DROMEN WERKELIJKHEID.

# 11 MAATREGELEN

---

## OM NU TE ZORGEN DAT WE STRAKS NIET VASTLOPEN

### 1. Kijk breder dan de zorg.

Zie de uitgaven voor gezondheid en zorg niet als kosten maar als investering in een duurzaam economisch model. Zorg levert ook veel op, waaronder zeker de steeds belangrijkere arbeidsparticipatie. Zoek de oplossingen voor de zorg ook buiten de zorg. Armoedebestrijding, opleiding, schuldsanering, bestrijding van eenzaamheid etc. kunnen zorgkosten enorm doen dalen.

### 2. Zet gezondheid voorop.

Stel voor gezondheid net zulke scherpe doelen als voor zorg, bedeel verantwoordelijkheid voor gezondheid gericht toe, verschuif gericht een deel van het budget van zorg naar gezondheid en laat NZa en IGJ handhaven. Eerste gedachte: de GGD's zijn primair verantwoordelijk en afrekenbaar.

### 3. Werk aan preventie.

Geef preventieve interventies die bewezen effectief zijn een plek in de basisverzekering. Stimuleer ondersteunende programma's gericht op het creëren en

behouden van gezonde leefpatronen, voeding en gedrag. Beloon goed gedrag. Maak dwingende afspraken met marktpartijen die producten/diensten leveren die gezondheid negatief beïnvloeden.

### 4. Maak data beschikbaar.

Gezondheidsdata en zorgdata moeten met behoud van accurate privacywaarborgen gedeeld en gebruikt kunnen worden ten gunste van preventie, behandeling, zorgcoördinatie en wetenschappelijk onderzoek. De AVG passen we hier op aan, binnen de grenzen van de GDPR. Binnen een jaar zorgen we voor verplichte implementatie van datastandaarden. Data-uitwisseling wordt verplicht voor zorgverzekeraars en zorgverleners.

### 5. Geef patiënt beschikking over eigen medische data.

Binnen 2 jaar realiseren we een nationaal Persoonlijk Digitaal Medisch Dossier (PDMD) waar patiënten data kunnen beheren, bekijken en beschikbaar stellen.

## **6. Stop met betalen per verrichting voor laagcomplexere zorgvormen.**

Haal de productieprikkel uit het systeem. Alleen zorg die bijdraagt aan de kwaliteit van leven wordt vergoed. Verzekeraars sturen actief op zinnige en onzinnige zorg. Bewezen zinnige zorg moet geïmplementeerd worden, bewezen onzinnige zorg wordt niet meer vergoed.

## **7. Maak zorg individueel passend, medisch en persoonlijk.**

Bepaal samen met de patiënt wat kan, wat hij of zij wil en wat de meest gewenste uitkomst van behandeling zou moeten zijn. Gebruik hoogwaardige (moleculaire) diagnostiek, big data en Artificial Intelligence (AI) om de beste interventie te bepalen.

## **8. Zorg voor gelijke belangen.**

Zorg voor gelijke belangen van zorgprofessionals en zorginstellingen. We stoppen met het Medisch Specialistisch bedrijf als model en zorgen op een andere manier voor gelijkgerichtheid.

## **9. Neem regie m.b.t. acute en complexe zorg.**

Het ministerie van VWS maakt binnen een jaar keuzes over waar spoedeisende zorg en waar hoogcomplexere zorg wordt geleverd. Veldpartijen krijgen 3 jaar om het nieuwe complexe en spoedeisende zorglandschap vorm te geven. We staan geen initiatieven meer toe die daar niet naar toewerken. Verzekeraars realiseren een robuuste beschikbaarheidsbekostiging voor deze zorg.

## **10. Coördineer de regionale zorg.**

Het ministerie van VWS wijst tevens zorgregio's aan en geeft opdracht aan veldpartijen om per regio zorgcoördinatie te realiseren. De zorgcoördinatie moet soepel bovenregionaal kunnen functioneren. Verzekeraars zorgen voor financieringsvormen die daarin faciliteren (ontschotting, populatiebekostiging).

## **11. Coördineer chronische zorg.**

Begin met landelijk disease management door versnelde opschaling van bestaande initiatieven voor de belangrijkste chronische ziektebeelden (COPD, CVRM, Diabetes, Parkinson). Geen nieuwe lokale initiatieven met eigen organisaties en infrastructuren.

1. OPROEP & MAATREGELEN
2. **OVERWEGINGEN**
3. DE TOEKOMST

Als we de zorg ten behoeve van de kwaliteit van leven van de patiënt gaan organiseren, ontkomen we er niet aan veel ter discussie te stellen. Dan vormen preventie en gezondheidsbehoud de fundamentele basis van ons gezondheidsstelsel. Dan is e-health voor chronische patiënten geen uitzondering meer in een pilot of een project, maar de norm, zodat deze patiënten alleen nog in het ziekenhuis komen op het moment dat dat écht nodig is. Dan is het logisch dat data over een patiënt en het zorgaanbod rimpelloos tussen patiënt en zorgaanbieders uitgewisseld kunnen worden, zodat de behandeling naadloos op het profiel en de behoefte van de patiënt afgestemd wordt en versneld nieuwe therapieën ontwikkeld en toegepast kunnen worden. Dan wordt zorg niet meer vanwege eigen financiële belangen afgeschoven richting een andere financier, maar wordt er duurzaam samengewerkt aan zorg waarmee mensen zo lang mogelijk hun eigen leven in hun eigen omgeving kunnen blijven vormgeven.

Op de volgende pagina's schetsen onze overweging welke de basis vormen voor de genoemde overkoepelende maatregelen.

Vier thema's vormen de fundamentele basis voor duurzame passende zorg

- \ Inhoud van de zorg
- \ Digitalisering van de zorg
- \ De organisatie van zorg
- \ Financiering van de zorg

# INHOUD VAN DE ZORG

---

## DE ZORG KAN MINDER EN BETER

De beste zorg is geen zorg. Voorkomen is echt beter dan genezen, dus daar gaan we vanaf nu de volle aandacht aan geven. We schakelen om van ziekenzorg naar gezondheidszorg waarin gezondheid echt voorop staat. Goede, gerichte preventie en monitoring zijn geen sluitstuk meer, maar het fundament waarop de gezondheidszorg wordt gebouwd.

Als zorg toch nodig is, gaan we voor zinnige, slimme zorg die exact past bij het profiel van de patiënt. Op basis van

data , samen beslissen en indien mogelijk ook Artificiële Intelligentie (AI). Zo leveren we alleen wat echt nodig is, gewenst is en wat ook resultaat heeft. Dat scheelt een hoop kosten en ellende.

Als we zorg leveren, doen we dat volgens de principes van Value Based Health Care (Waardegedreven Zorg) en evidence based. We maken een eind aan over- en onderbehandeling en sturen maximaal op de beste uitkomsten voor de kwaliteit van leven van de patiënt.



**PREVENTIE &  
MONITORING**



**PASSENDE ZORG**



**STUREN OP  
UITKOMSTEN**



## PREVENTIE & MONITORING

- \\ Het bevorderen van gezondheid en preventie is de nieuwe basis waarop we de gezondheidszorg vormgeven. Dat is het beginpunt van alle spelers in het veld van de gezondheidszorg bij iedere stap die wordt gezet.
- \\ We benoemen een partij die verantwoordelijk is voor gezondheid, stellen doelen en rekenen af op resultaten.
- \\ Om te zorgen dat het niet alleen bij mooie woorden blijft, zorgen we ervoor dat het sturen op gezondheid en preventie loont. Dan zullen zorgverzekeraars, overheid en zorgaanbieders echt werk maken van preventie.
- \\ We onderzoeken actief of er andere, niet zorggerelateerde interventies zijn die mensen buiten de zorg houden. Het verband tussen sociaal economische status en zorgvraag is evident. Armoedebestrijding of schuldsanering kunnen zeer effectieve middelen zijn om de zorgvraag te beheersen en persoonlijk geluk te bevorderen.

- \ We zorgen dat mensen intrinsiek gemotiveerd en laagdrempelig met het behoud en verbeteren van hun gezondheid aan de slag gaan. Persoonlijk gezondheidsadvies en educatie zijn voor iedereen eenvoudig toegankelijk.
- \ Gedrag dat de gezondheid bevordert ondersteunen we actief via (digitale) monitoring, gamification en opvolging. Gezond gedrag loont direct, zowel voor de eigen gezondheid als voor de gehele maatschappij. Kleine beloningen zoals korting op de zorgpremie of korting op een mooi paar sportschoenen stimuleren het goede gedrag.

**“We missen eigenaarschap van gezondheid”**

*- Dr. Jochen Miereau*

- \ Preventieve interventies die bewezen effectief zijn geven we een plek in de basisverzekering, zodat we gericht de weg van ziekenzorg richting gezondheidszorg inzetten. Dat gaat zowel over het voorkomen van ziekte als over het sneller herstellen na ziekte en het voorkomen van het verergeren van aandoeningen.
- \ We maken dwingende afspraken met marktpartijen over aanbod dat gezondheid aantast. De levensmiddelenindustrie wordt bijvoorbeeld strenge normen opgelegd.
- \ Patiënten met een chronische aandoening en patiënten die een behandeling hebben ondergaan ondersteunen we gericht met actieve monitoring vanuit een (virtueel) Disease Management Centre. Daarvoor worden, uiteraard met toestemming van de patiënt, continu de relevante gegevens van patiënten ontvangen en beoordeeld. Patiënten ontvangen relevante informatie, aanbevelingen en coaching. Bij duidelijke afwijkingen wordt er direct contact opgenomen en worden eventuele acties gepland.



## PASSENDE ZORG

- Met behulp van slim en gericht datagebruik organiseren we passende zorg: de juiste zorg, op het juiste moment en op de juiste plek voor de patiënt. Zo verbinden we patiënten op basis van hun ziekte en specifieke behoeften met de juiste medische experts op het juiste moment en voorkomen we over- en onderdiagnostiek, verkeerd doorverwijzen, medische fouten, te late diagnostiek, tijd en mankracht.
- We veranderen de zorg van 'one size fits all' en algemene protocollen, naar zorg die optimaal past bij het persoonlijke moleculaire en medische profiel, de persoonlijke voorkeuren/behoeften en bij de eigen specifieke sociale en maatschappelijke context. Geavanceerde (DNA) diagnostiek, data en waar mogelijk AI brengen de objectief beste behandelopties, inclusief 'targeted therapies', in beeld. Een goed ondersteund 'samen beslissen' proces leidt tot de persoonlijke behandelbeslissing.

- \ Met behulp van het delen van informatie en data versnellen we de ontwikkeling van ‘targeted therapies’ en houden we de kosten beheersbaar. We brengen de data over zeldzame ziekten en over specifieke tumoren van zorgaanbieders, onderzoekers en farmaceuten samen in een beperkt aantal expertisecentra die in verbinding staan met Europese en wereldwijde onderzoekscentra. Zo versnellen we de toegang en bieden we perspectief voor de vele mensen met een (wees)aandoening waarvoor nu nog geen therapie beschikbaar is.

**“ Er is nog nooit een  
ziekte mijn spreekkamer  
ingewandeld, wel een  
mens ”**

*- Dr. Markus Oei*



## STUREN OP UITKOMSTEN

- \\ Voor wie zorg nodig is, richten we de zorg zo in dat er altijd gestuurd wordt op de beste uitkomst voor de kwaliteit van leven van de patiënt. Daarvoor omarmen we de principes van Value Based Health Care.
- \\ De beste uitkomst voor de kwaliteit van leven van de patiënt is meer dan het beste (medische) behandelresultaat. Hierin komen alle uitkomsten samen die door de patiënt zelf als het beste worden ervaren, inclusief de context en bejegening waarmee die resultaten tot stand komen.

- \ Voor het realiseren van de beste uitkomsten voor de patiënt werken we met behulp van ‘samen beslissen’ en de gezondheidsdata van de patiënt aan de juiste interventie op het juiste moment op de juiste plek. Zo organiseren we de zorg zoveel mogelijk rond de patiënt. De zwaardere interventies worden alleen gepleegd als preventie of lichtere interventies niet tot dezelfde of een betere uitkomst leiden. De financiering van de zorg en de beloning van de professionals brengen we hier mee in lijn.
- \ Daar waar geïntegreerde zorg in een netwerk tot de beste uitkomsten voor de patiënt leidt, realiseren we deze netwerken. De netwerken die al bestaan worden versterkt.
- \ Om de zorg iedere dag een beetje beter te maken, meten we de effectiviteit en uitkomsten van behandelingen, interventies en inzet van (genees) middelen continu. Dat doen we zoveel mogelijk aan de bron om additionele registraties en systemen te voorkomen. De inrichting van het Persoonlijk Digitaal Medisch Dossier (PDMD) passen we hier op aan.

# DIGITALISERING VAN DE ZORG

---

## DATA IS ALLESBEPALEND, MOET GEDEELD EN GEBRUIKT WORDEN

Of het nu gaat over coördinatie van zorg, preventie, ‘targeted therapies’ of welk item dan ook dat positief kan bijdragen aan passende duurzame zorg: het wordt niks zonder data. Zonder data geen passende behandeling, zonder data geen passend proces en zonder data geen zinnig beleid.

Daarom laten we Nederland een enorme inhaalslag maken. We maken de omslag van geïsoleerde en gefragmenteerde ICT systemen naar optimale connectiviteit. En we zorgen dat onze privacywetgeving niet langer in de weg staat aan zorgoptimalisatie, maar kaders schept om hier met behoud van accurate privacybescherming optimaal vorm aan te geven.

**Connectiviteit** en **datamanagement** zijn randvoorwaardelijk voor onze gewenste duurzame en passende zorg en het pad er naar toe. Dankzij goede data leren we van elke patiënt en verbeteren zo de zorg en het stelsel continu voor toekomstige generaties. Met behulp van de **juiste toepassingen** (apps/tools) vertalen we de data in informatie. We scheiden het kaf van het koren en kiezen alleen nog voor wat echt werkt.

Zo ondersteunt goede digitalisering passende duurzame zorg die onafhankelijk van de locatie efficiënt kan worden geleverd, op ieder moment.



**CONNECTIVITEIT**



**DATA MANAGEMENT**



**JUISTE  
TOEPASSINGEN**



## CONNECTIVITEIT

- \\ We realiseren datastandaarden voor het beschikbaar stellen van gegevens waaraan medische systemen moeten voldoen. Daarmee waarborgen we dat medische data, gezondheidsdata en onderzoeksdata adequaat uitgewisseld en onderzocht kunnen worden.
- \\ Bij de keuze voor datastandaarden maken we gebruik van standaarden die internationaal erkend worden en leidend zijn, zodat we data ook op internationaal kunnen uitwisselen en eenvoudig kunnen aansluiten op internationale systemen en apps.
- \\ We effenen het pad om medische systemen te integreren met wearables, apps en andere persoonlijke devices die aan de afgesproken datastandaarden voldoen. Zo ontstaat een beter totaalbeeld van de patiënt, kunnen we gerichte persoonlijke gezondheids- en zorgadviezen geven en kunnen we de zorgcoördinatie nog beter afstemmen op de individuele kenmerken van de patiënt.

- \ Alle patiënten krijgen de beschikking over een Persoonlijk Digitaal Medisch Dossier (PDMD) Hierin liggen alle transactionele data (wat is er bij welke zorgverleners gebeurd?) en alle patiëntgegevens (patiëntprofiel, medisch dossier en gegevens uit wearables/apps) vast. De data uit het PDMD is makkelijk toegankelijk en uitwisselbaar voor patiënten en zorgverleners.
- \ We zorgen dat alle zorgaanbieders permanent digitaal verbonden zijn en gegevens eenvoudig vindbaar zijn. Daarmee ondersteunen we medische professionals om over patiënten en aandoeningen snel relevante informatie en inzichten nationaal te ontsluiten.
- \ We passen de privacy wetgeving (AVG) aan, zodat deze binnen de kaders van de Europese Privacyrichtlijn (GDPR) blijft, maar er adequate ruimte is om vastlegging en uitwisseling ten behoeve van de gezondheidsbevordering te ondersteunen. Denemarken is een goed voorbeeld hoe dit binnen de kaders van de privacyrichtlijn mogelijk is. Zelfbeschikking door de patiënt, transparantie, anonimiseren en beveiliging van data worden gewaarborgd.

---

## HET GAAT NOG NIET ZO LEKKER

Patiënten kunnen niet bij hun eigen medische data. Op dit moment moeten ze hun dossier opvragen. Dit proces kan maanden duren. Die tijd hebben de meeste patiënten niet.

De arts die het medisch dossier van de patiënt niet kan inzien:  
Artsen zien soms patiënten waarvan ze de medische data van de patiënt voor zich niet kunnen openen.

De oncoloog die geen data inzichten kan inzien van andere patiënten:  
Oncologen worden vaak geconfronteerd met patiënten met allerlei unieke profielen. Veelal wordt de kanker veroorzaakt door een combinatie van zeldzame gen mutaties en andere factoren die een rol spelen. Om de patiënt zo goed mogelijk te kunnen helpen is het voor de arts belangrijk toegang te hebben tot data inzichten van andere patiënten met eenzelfde profiel in Nederland en in de wereld. Dit is echter niet mogelijk. Hierdoor is een arts afhankelijk van zijn/haar netwerk, het netwerk van oncologen in het lokale ziekenhuis en de mate waarin zij 'up-to-date' zijn over de desbetreffende case. Patiënten wordt veelal keuzes voorgelegd zonder data gedreven benadering. Wellicht ligt er een ander meisje of jongetje met eenzelfde tumor in het ziekenhuis ernaast en heeft een bepaalde therapie wonderen gedaan.

De kankerpatiënt die pijn lijdt door verkeerde medicatie: Kankerpatiënt die geen toegang krijgt tot diagnostiek om vast te stellen of een medicijn aanslaat en daardoor vergiftigd wordt door bijwerkingen (die dus voorkomen hadden kunnen worden), daarna wekenlang met spoed moet worden opgenomen en wiens afweer systeem verminderd is, met daardoor een lagere kans op overleving en emotionele angsten waardoor hij/zij minder goed in staat is om de kanker te overwinnen.

Geld dat verloren gaat door onderdiagnostiek: Kankerpatiënt die zonder geavanceerde DNA diagnostiek wordt behandeld met een zeer prijzige 'targeted' behandeling die niet aanslaat. Door toegang tot geavanceerde DNA diagnostiek had kunnen worden aangetoond of de behandeling wel of niet zou aanslaan. Hier is enorm veel geld te besparen.



## DATA MANAGEMENT

- \\ We maken bindende afspraken over de wijze waarop de grote stroom aan medische en gezondheidsdata wordt vastgelegd, verwerkt en gebruikt.
- \\ Bij die afspraken houden we zowel rekening met de mogelijkheden van data-analyse voor de gezondheid van de individuele burger of patiënt, als voor de kansen van data-analyse voor het bevorderen van de gezondheid van de gehele populatie.
- \\ Zorgverzekeraars zijn aangewezen partijen voor populatieanalyses, regiobeelden en andere macroanalyses als input voor beleid en financiering. Zij verzamelen en beheren deze data en stellen deze open voor alle spelers in het veld. Dat betekent wel dat huidige datasets dienen te worden uitgebreid met gezondheidsdata uit andere domeinen (WMO/WLZ/...)
- \\ Dataverzameling, -standaardisatie en -verwerking met betrekking tot ziektebeelden dient in de handen te liggen van aangewezen spelers in de markt. Alle spelers leveren verplicht hun data aan, er bestaan geen gesloten databases meer in de zorg. Zorgverleners, zorgverzekeraars, farmaceuten, universiteiten en andere instellingen kunnen de gestructureerde en geanonimiseerde data gebruiken voor onderzoek en zorgoptimalisatie. Per indicatie of verzameling daarvan wordt er 1 nationale dataverwerker aangewezen. Er wordt fors geïnvesteerd in data-science en bioinformatics

\ Transactionele data (wat is er bij welke zorgverleners gebeurd?) en patiëntgegevens (patiëntprofiel, medisch dossier en gegevens uit wearables/apps) dienen te worden vastgelegd in een PDMD. Dit PDMD is van de patiënt en de patiënt geeft aan wat met wie uitgewisseld mag worden. De data kan naadloos worden uitgewisseld tussen verschillende instanties in de zorg. Integratieplatforms als PGO's brengen de informatie bij elkaar en vullen de PDMDs

## DATA VOOR VERSCHILLENDE TOEPASSINGEN

De technische mogelijkheden zijn geen beperking meer. Apps genoeg, eHealth toepassingen te over; we kunnen enorm veel. Maar alle toepassingen zijn afhankelijk van de ontsluiting, het gebruik en de integratie van data. Data hebben we nodig op 3 toepassingsgebieden:

### BEPALEN VAN BELEID EN FOCUS OP POPULATIELEVEL:

Richten we ons met de juiste zorg op de juiste groepen met de juiste doelstelling? Wat zijn effecten van beleidskeuzes, interventies, preventie? Hoe kunnen we de financiering laten aansluiten.

### LEVEREN VAN DE BEST PASSENDE ZORG:

Beslisondersteuning op basis van AI voor diagnostiek en behandeling.  
Optimaliseren van richtlijnen en protocollen op basis grote datasets.  
Maken van algoritmes voor voorspellende zorg als input for disease management en gerichte inzet van dure, innovatieve middelen.

### COÖRDINEREN EN SAMENWERKEN O.B.V. DEZELFDE INFORMATIE:

Heeft iedereen de juiste en volledige inhoudelijke informatie?  
Waar zit de patiënt in het proces, welke spelers zijn er, wat is er al gebeurd?

Al deze data moet worden verzameld, beheerd, verrijkt, geanalyseerd en gedistribueerd. Nieuwe structuren of netwerken zullen moeten ontstaan voor verschillende soorten data.



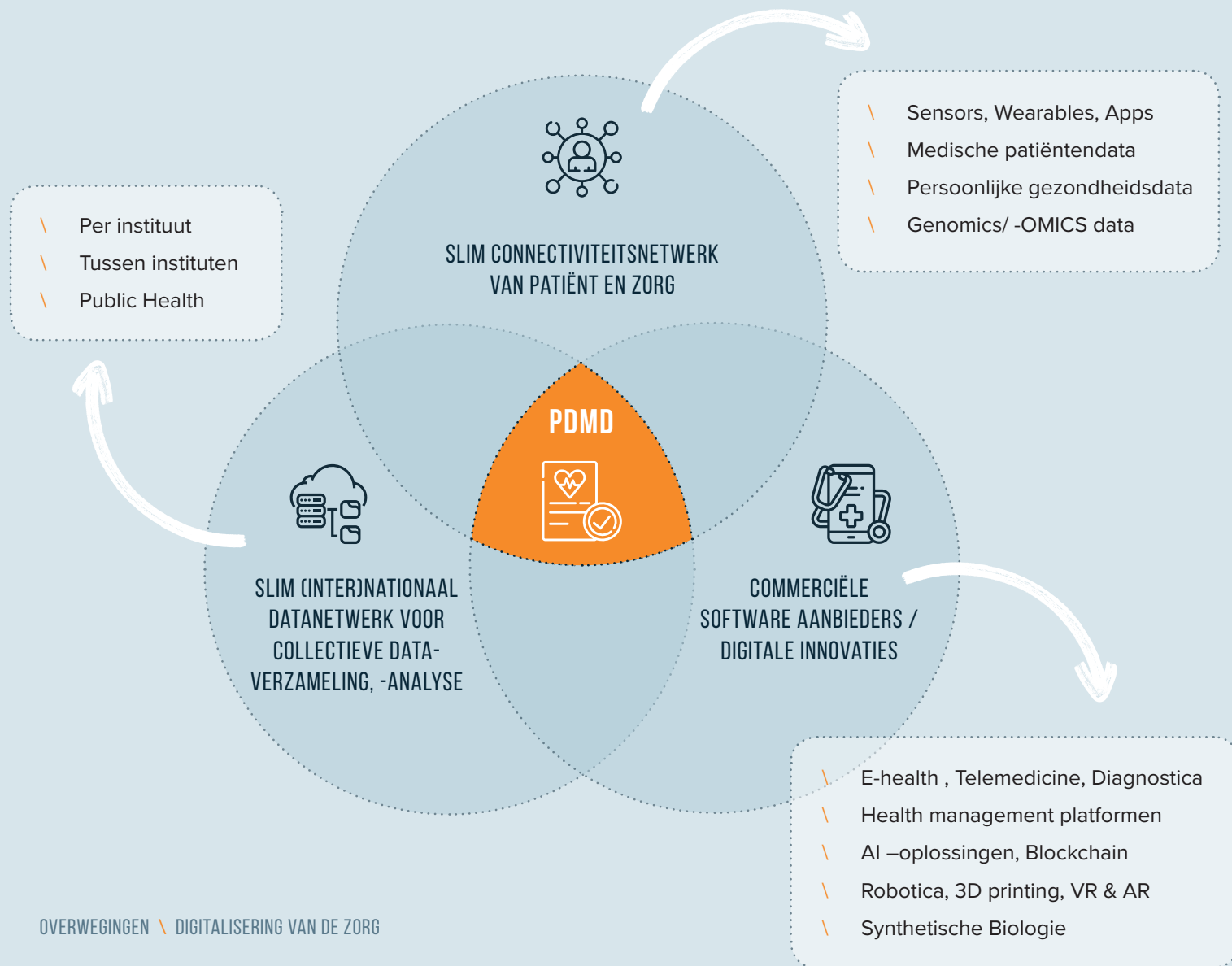
## JUISTE TOEPASSINGEN

- \ We scheiden het kaf van het koren in medische toepassingen, van gezondheidsapps tot telemonitoring en telemedicine, door in navolging van de 'validatiepyramide' uit België een helder beoordelingskader in te voeren. Toepassingen die voldoen aan de normen voor veiligheid en naadloze samenwerking laten we toe. Voor toepassingen die bovendien voldoen aan heldere gezondheidseconomische eisen, richten we de financiering dusdanig in dat ze ook direct vergoed kunnen worden.
- \ De medische toepassingen die aan de gestelde eisen voldoen, categoriseren en ontsluiten we op een centrale eenvoudige vindbare site, zodat iedereen zonder lange zoektocht direct toegang heeft tot effectieve betrouwbare toepassingen. Daarmee versnellen we de toegang tot de effectieve toepassingen.
- \ Het ministerie van VWS ondersteunt met een deskundig team actief de zoektocht naar bestaande effectieve toepassingen in het buitenland die nog niet in Nederland beschikbaar zijn. Ook daarmee versnellen we de toegang tot effectieve medische toepassingen in Nederland en voorkomen we dat onnodig resources verloren gaan met het ontwikkelen van toepassingen die al beschikbaar zijn.

Figuur 1

## CONNECTIVITEIT, DATA EN TOEPASSINGEN:

1 VERBONDEN STRUCTUUR RONDOM HET PERSOONLIJK DIGITAAL MEDISCH DOSSIER (PDMD)





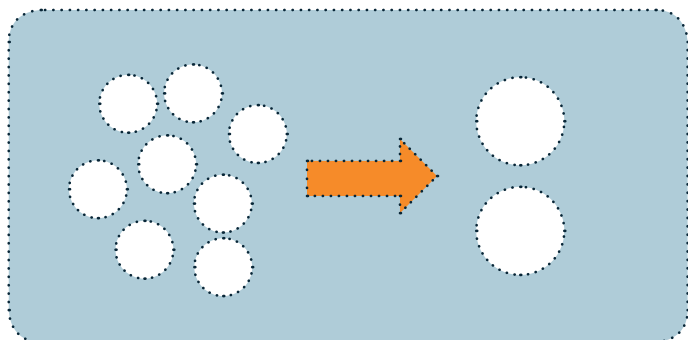
**UITWISSELING EN  
GOED GEBRUIK VAN  
VERSCHILLENDE SOORTEN  
DATA IS EEN ESSENTIËLE  
RANDVOORWAARDE VOOR  
DE TRANSFORMATIE NAAR  
ZO'N ZORGSTEEEM.**

# ORGANISATIE VAN ZORG

## FRAGMENTATIE VOORKOMEN DOOR CONCENTREREN EN COÖRDINEREN

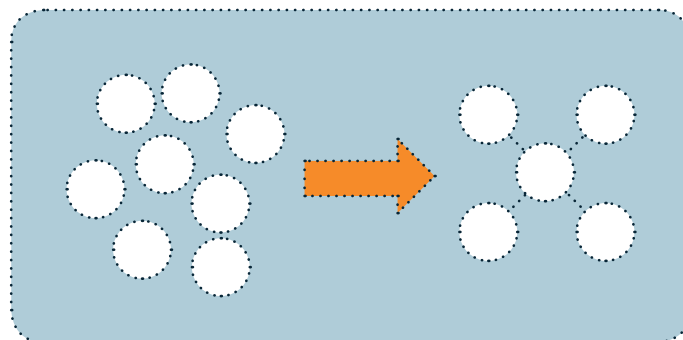
### Concentratie

Duurzame passende zorg wordt steeds vaker thuis of in de buurt geleverd, mede dankzij een grote inzet op digitalisering. Maar complexe zorg concentreren we, zodat iedere patiënt er op kan rekenen voor die zorg in handen te zijn van een deskundig team dat de juiste diagnose stelt en een passende behandeling kan geven. Door concentratie van zorg borgen we kwaliteit en de efficiency en maken we een einde aan de fragmentatie die nu veel goede zorg in de weg staat.



### Coördinatie

Om zorg voor patiënten in goede banen te leiden met de beste uitkomsten op het juiste moment en het minste ongemak, zetten we in op coördinatie van zorg. Zo kan voor iedere patiënt de juiste passende route door het zorglandschap vormgegeven worden, dichtbij waar het kan, verder weg als dat aantoonbaar beter is. In plaats van een gefragmenteerd zorgveld waarin de patiënt zelf een zoektocht moet starten naar de juiste zorg, ondersteunen we de patiënt in iedere stap en ontstaan individuele passende zorgpaden.





## CONCENTRATIE VAN ZORG

Dankzij goede afspraken die tot stand zijn gekomen met ondersteuning vanuit het ministerie concentreren we acute en (hoog)complexe zorg. Deze vormen van zorg hebben een cruciale beschikbaarheidsfunctie. We vinden voor de verdeling van de acute zorg een goede balans tussen de reisafstand naar de acute zorg en de vereiste kwaliteit. Er zijn afspraken gemaakt over de plekken waar (hoog)complexe zorg is geconcentreerd. Daarbij is aangesloten bij de nieuwste wetenschappelijke inzichten.

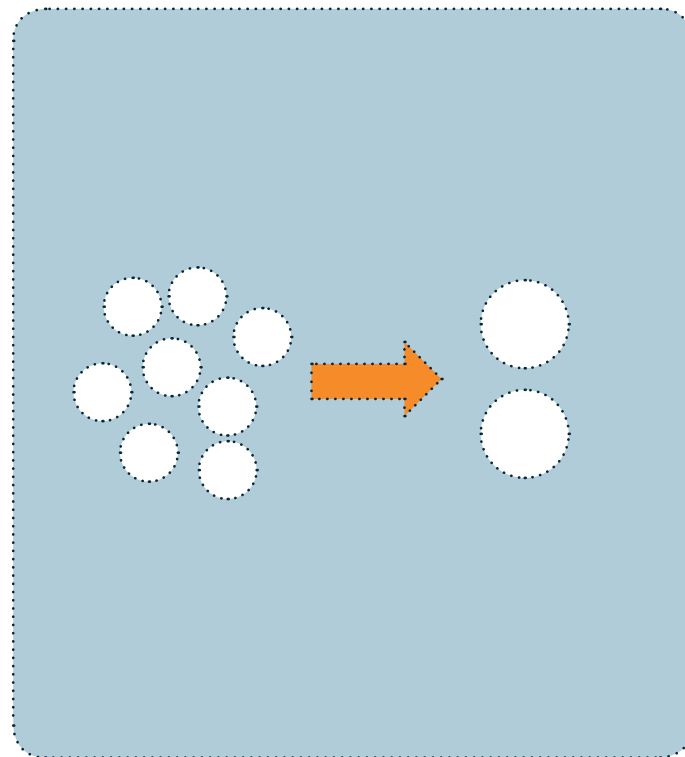
Er zijn gespecialiseerde oncologische centra aangewezen waar de specialisatie zich niet richt op de plek waar de tumor is ontstaan (longkanker, darmkanker) maar op de unieke karakteristieken van de tumor, die dankzij nieuwe diagnostische technieken in kaart worden gebracht.

We concentreren de coördinatie van kennis over en de behandeling van zeldzame ziekten in een landelijk expertisecentrum. Dit centrum weet precies wie waar in gespecialiseerd is welke behandelingen er beschikbaar zijn in Nederland, Europa en grote delen van de wereld en waar studies lopen. Het expertisecentrum ondersteunt wetenschappelijk onderzoek met ‘real world data’ om de ontwikkeling van nieuwe therapieën te versnellen. Farmaceutische bedrijven zijn actief betrokken.

Voor het monitoren van chronische aandoeningen zijn ‘Disease Management Centres’ ontstaan. Van daaruit word met behulp van slimme zorg de patiënt continu gemonitord en gericht geholpen zo goed mogelijk met de ziekte om te gaan. Alleen als het echt nodig is wordt de patiënt opgeroepen om naar een specialist te gaan.

Speciaal voor de ondersteuning en behandeling van kwetsbare ouderen richten we in dorpen en wijken geriatrische expertisecentra in. Daar wordt de zorg uit verschillende domeinen rond de kwetsbare oudere georganiseerd. Daarmee voorkomen we escalatie van zorg en kunnen ouderen zo lang mogelijk in hun eigen omgeving blijven wonen.

Voor diagnostiek hebben we grote gespecialiseerde diagnostische centra ingericht waar voor iedereen met behulp van de meest geavanceerde diagnostiek snel de juiste diagnose wordt gesteld. Nieuwe datagedreven diagnosetechnieken die noodzakelijk zijn voor de nieuwste 'targeted therapies' en 'personalized medicine' zijn kostbaar, maar dankzij de concentratie en de bijbehorende schaalvoordelen is deze betaalbaar en daarmee beschikbaar voor iedere patiënt. De diagnostische centra leveren hun services aan de ziekenhuizen en behandelcentra.



---

## COÖRDINATIE VAN ZORG

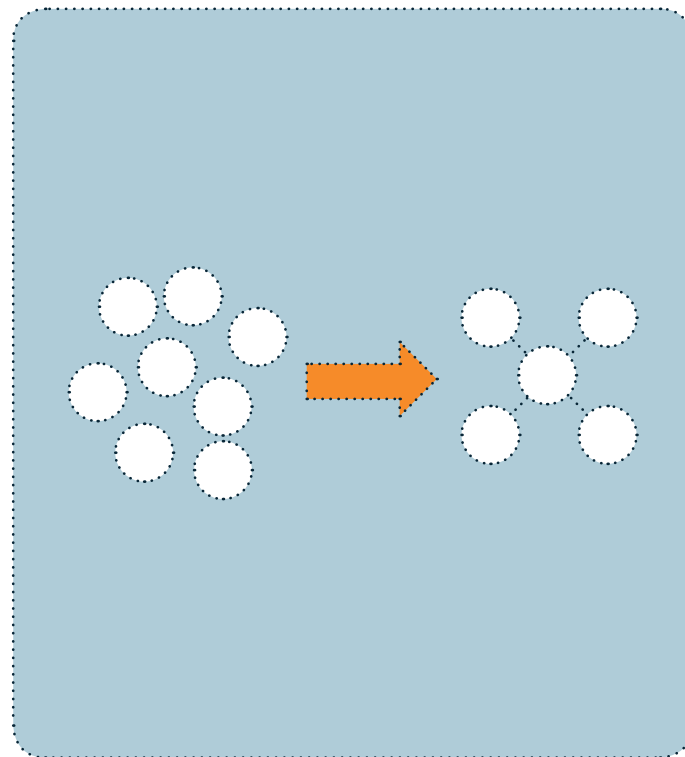
Waar hoogcomplexere en acute zorg is verdwenen is ruimte ontstaan voor minder complexe multidisciplinaire zorg en de electieve monodisciplinaire zorg in de regio. Regionale ziekenhuizen (Regionale Interventie Centra) zetten vol in op digitalisering, onder andere om voldoende schaal te kunnen maken. Sommige regionale ziekenhuizen en behandelcentra zien kans zich te specialiseren in bepaalde vormen van electieve zorg, waardoor ook voor die zorg de kwaliteit verbetert.

In de regio wordt actief samengewerkt tussen 1e lijn, 2e lijn, paramedici, gemeenten, thuiszorg, VVT en andere zorgleveranciers om de patiënt de beste zorg (of preventie) te bieden op de juiste plek. Juridische en financiële barrières voor samenwerking worden weggenomen. Regionale Interventie Centra welke complexe zorg hebben afgebouwd benutten fysieke ruimte voor een breder aanbod van zinnige zorg.

Dankzij het inrichten van (virtuele) Zorg Coördinatie Centra (binnen of buiten de bestaande structuren in de zorg) begeleiden we patiënten op hun weg door de zorg. De juiste zorg op de juiste plek op het juiste moment maken we voor iedereen waar. Dat is fijn voor de patiënt die verzekerd is van passende zorg en zich ondersteund weet. Maar het betekent ook een verlichting voor de zorgverleners, die zich nu volledig kunnen concentreren op het leveren van zorg. Dat scheelt veel administratie en beheerstaken en zorgt dat zorgverleners gericht worden ingezet voor hun talenten.

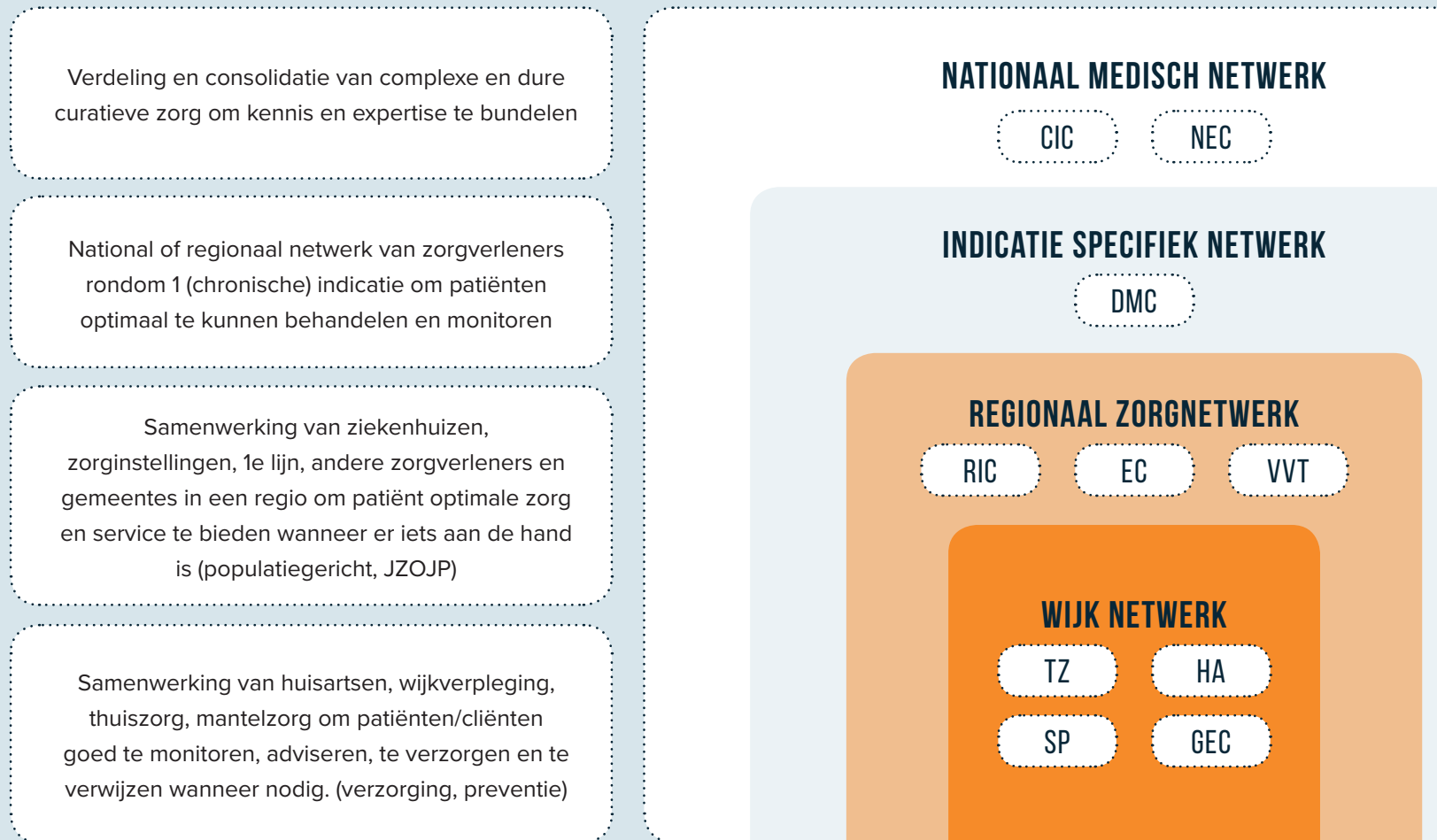
In de Zorg Coördinatie Centra is alle informatie van de patiënt beschikbaar. Er is integraal toegang tot het patiëntendossier. Ook de informatie uit het persoonlijke gezondheidsdossier van patiënten, inclusief de informatie van hun eventuele gezondheidscoach is, als de patiënt daar toestemming voor heeft gegeven, beschikbaar. Daardoor is de zorgcoördinatie echt op maat en wordt met iedere stap bijgedragen aan de beste uitkomsten voor de patiënt.

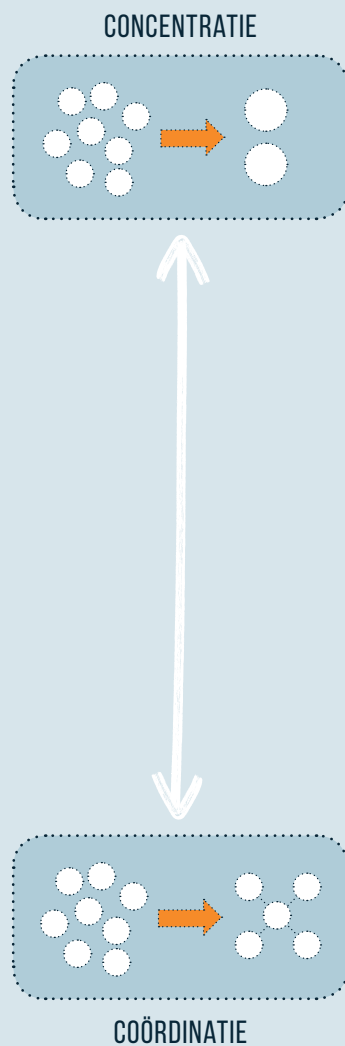
Speciale aandacht bij de zorgcoördinatie gaat uit naar (kwetsbare) ouderen. Voor een groot deel van de zorg kunnen zij bij de geriatrische expertisecentra terecht. Voor de coördinatie van specialistische zorg voor ouderen wordt actief rekening gehouden met eventuele mantelzorgers, zodat de zorg geleverd wordt op de tijd en de plaats die zowel de patiënt als de mantelzorger het meeste past. Zo ontlasten we mantelzorgers.



Figuur 2

## DOOR CONCENTRATIE EN COÖRDINATIE ZULLEN ER VERSCHILLENDE ZORGNETWERKEN ONTSTAAN





CIC: Complex interventie Centrum  
NEC: Nationaal Expertise Centrum  
RIC: Interventie Centrum  
EC: Electief centrum  
DMC: Disease Management Centre  
TZ: ThuisZorg  
SP: StadsPoli  
GEC: Geriatrisch Expertise Centrum  
HA: Huisarts  
VVT: Verpleging, Verzorging, Thuiszorg

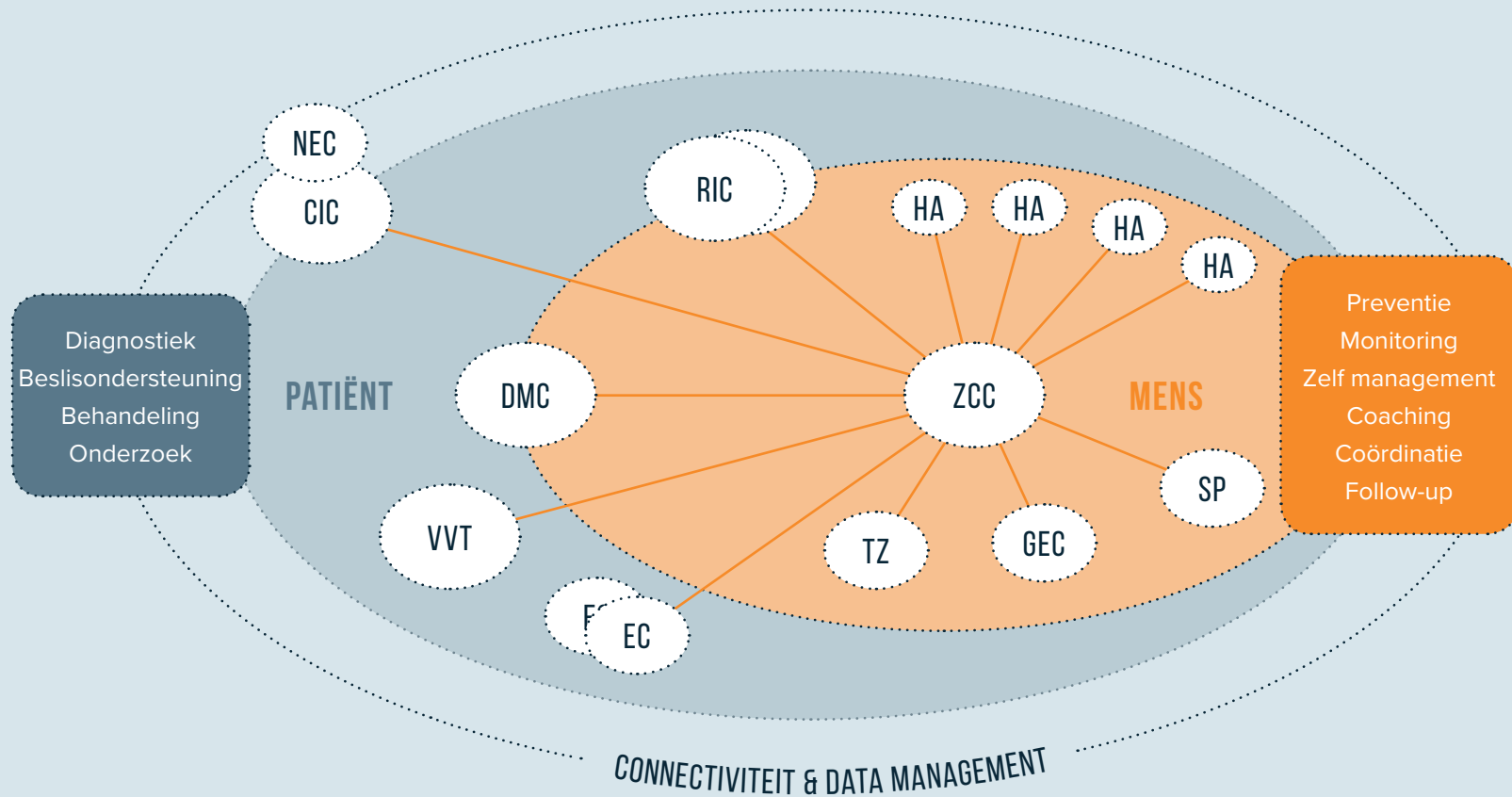


## ER VORMT ZICH EEN STELSEL WAARBIJ ZORGCOÖRDINATIE CENTRAAL STAAT

Concentratie, coördinatie en regiovorming zullen ons stelsel doen veranderen. Een zorgcoördinatiecentrum (waar of wie dat ook mag zijn) is het centrale contactpunt. Vandaar verwijst men, wanneer nodig, naar de juiste zorgleverancier. DMC's monitoren de chronische patiënten en laten het ZCC contact opnemen als dat nodig is. Regionale Interventie Centra, Huisartsen, VVT, paramedici en gemeenten opereren samen dichtbij de mens in Stadspoli's, gezondheidscentra of Geriatrische Expertise Centra. Complexe Interventie Centra en Expertise Centra zijn bovenregionaal georganiseerd.

Figuur 3

## SCHETSMATIG MODEL VOOR EEN ZORGREGIO



CIC: Complex interventie Centrum  
 NEC: Nationaal Expertise Centrum  
 RIC: Regionaal Interventie Centrum  
 EC: Electief centrum  
 DMC: Disease Management Centre

TZ: ThuisZorg  
 SP: StadsPoli  
 GEC: Geriatrisch Expertise Centrum  
 HA: Huisarts  
 VVT: Verpleging, Verzorging, Thuiszorg

# FINANCIERING VAN DE ZORG

---

## INVESTEREN IN PREVENTIE EN ZINNIGE ZORG BELONEN.

### Investeren in preventie

Omdat we de bevordering van gezondheid als de basis van het stelsel zien, richten we een robuuste financiering voor preventie en gezondheidsbevordering in. We investeren aan de voorkant om kosten te voorkomen aan de achterkant.

### Ontschotten

Passende duurzame zorg op maat voor de patiënt vraagt om een financiering die naadloos past op de zorg. Daarom maken we daar waar dat nodig is mogelijk dat geld over de grenzen van de verschillende systemen heen kan vloeien ten gunste van de beste oplossing voor de patiënt

### Anders vergoeden

We zorgen dat de wijze van vergoeden in lijn is met de doelen die we met duurzame zorg op maat willen bereiken. Daarmee loont het om bij te dragen aan de optimale uitkomsten voor de patiënt en maken we een einde aan perverse prikkels die aan die goede uitkomsten in de weg staan.



**INVESTEREN IN  
PREVENTIE**



**ONTSCHOTTING**



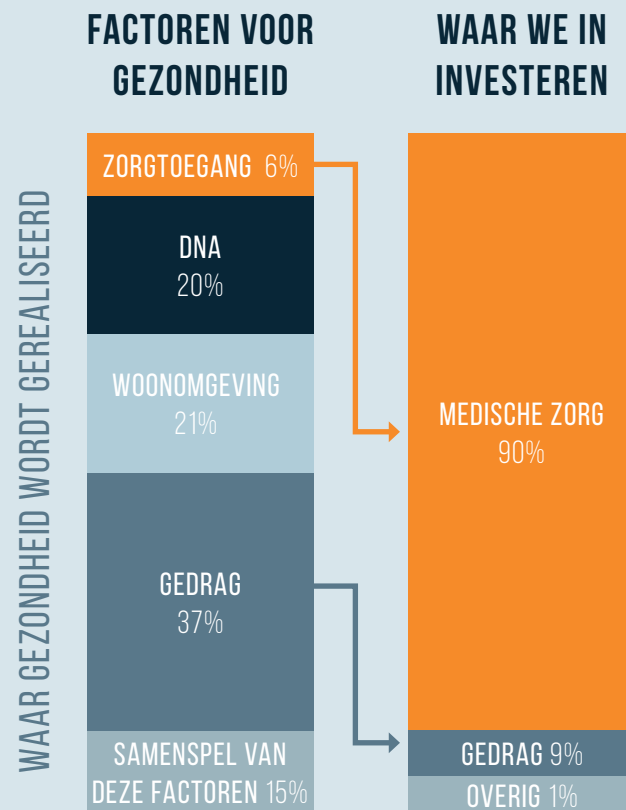
**ANDERS  
VERGOEDEN**



## INVESTEREN IN PREVENTIE

- \\ We realiseren een robuuste financiering voor preventie in alle lagen van de zorg.
- \\ Bewezen effectieve medische preventieve interventies en leefstijlinterventies op individueel niveau krijgen een plek in de basisverzekering. Dat geldt ook voor interventies die bewezen bijdragen aan het voorkomen van escalatie van aandoeningen, interventies die het herstel na een behandeling bevorderen en interventies die zorgen dat patiënten behandelingen beter kunnen doorstaan.

- \ We verdubbelen de middelen voor onderzoek naar en investeringen in preventie en gezondheidsbevordering op populatieniveau. Daarmee realiseren we een steeds betere publieke gezondheidszorg.
- \ Bij de ontwikkeling van de publieke ruimte wordt altijd gestuurd op en gekozen voor inrichtingen waarmee de gezondheid op populatieniveau verbeterd wordt.



Lokale zorgsystemen bepalen minder dan 6% van onze gezondheid. Toch besteden we 90% van de resources aan medische zorg. Dit staat in schril contrast met elkaar.



## ONTSCHOTTING

- ∨ We zorgen dat passende zorg die ten gunste komt van de kwaliteit van leven van de patiënt betaald kan worden. Financiering die de patiënt volgt op het goed gecoördineerde pad door het zorgstelsel. Daarom zorgen we dat financiering over de schotten van de verschillende wetten binnen en buiten de zorg heen zonder uitzondering mogelijk is.

- \\ Zorgkantoren die meebetalen aan gemeentelijke voorzieningen waardoor kwetsbare ouderen beter aan het sociale leven deel kunnen nemen en instroom in het verpleeghuis langdurig wordt uitgesteld.
- \\ Zorgverzekeraars die investeren in de toepassing van geneesmiddelen waardoor ouderen hun gezichtsvermogen behouden en een beroep op gemeentelijke WMO voorzieningen wordt uitgesteld of voorkomen.
- \\ Gemeenten die samen met woningbouwcorporaties investeren in wijken waarin de 'samenredzaamheid' wordt versterkt waardoor de aanspraak op zorg wordt verminderd of uitgesteld.

- \\ De ontschotting ten behoeve van de patiënt realiseren we niet alleen tussen financiers en wetten, maar ook binnen de muren van de financiers zelf. Zo wordt ook daar geïntegreerd gewerkt aan passende zorg en zijn uitkomsten voor de patiënt in plaats van interne doelstellingen en schotten leidend.



## ANDERS VERGOEDEN

- \\ We kiezen voor vormen van vergoeden die aansluiten bij de aard van de geleverde zorg en bijdragen aan het realiseren van duurzaam passende zorg. Mengvormen zijn mogelijk als dat tot de beste uitkomsten leidt. Om overbehandeling te voorkomen stoppen we met het betalen per verrichting.
- \\ De delen van de zorg die een cruciale regionale en nationale beschikbaarheidsfunctie hebben zoals SEH's en hoogwaardige interventiecentra financieren we met een beschikbaarheidsvergoeding, zonder productieprikkel.
- \\ Eerstelijnszorg zoals huisartsenzorg en wijkverpleegkundige zorg blijven we financieren met behulp van populatiebekostiging. Die vorm van bekostiging maken we ook beschikbaar voor de Disease Management Centres die zich op de monitoring van de chronische zorg richten.

- \ Voor de overige delen van de curatieve zorg financieren we met behulp van uitkomstfinanciering en populatiebekostiging. Zo worden die interventies die de beste uitkomst voor de patiënt opleveren beloond, ook als het om preventieve interventies gaat.
- \ We maken in de vergoeding geen onderscheid tussen fysieke zorg of digitale zorg.
- \ Als het verschuiven van zorg naar andere zorgverleners tot betere uitkomsten voor de patiënt leidt, zorgen we voor overgangsfianciering zodat de zorgverlener die de zorg niet meer levert gecontroleerd kan afbouwen. Zo gaan we zorgvuldig om met de schaarse professionals in de zorg.
- \ Procedures voor pakkettoelating van nieuwe interventies, technologieën en geneesmiddelen versnellen we zoveel mogelijk met behulp van voorwaardelijke toelating. We kiezen bij voorkeur voor uitkomstfinanciering.
- \ We waarborgen de beschikbaarheid van cruciale middelen zoals vaccins en antibiotica mede dankzij een beschikbaarheidsvergoeding.

1. OPROEP & MAATREGELEN
2. OVERWEGINGEN
3. **DE TOEKOMST**

De toekomst zal er anders uit zien. Een toekomst waarin we goed voor elkaar zorgen, prettig samenwerken, delen en verbeteren.

Een toekomst waarin mens, patiënt, professionals, zorgverleners, zorgleveranciers samen werken aan gezondheid en, wanneer nodig, passende zorg.

In dit hoofdstuk schetsen we die toekomst aan de hand van een aantal persona's.

“  
**TOTDAT GERRIT OP  
EEN OCHTEND INEENS  
WAKKER WORDT MET  
HET GEVOEL ALSOF ER  
EEN OLIFANT OP ZIJN  
BORST ZIT. ”**



# GERRIT

---

32 JAAR, JONG GEZIN, MILD OVERGEWICHT

Gerrit is 32, heeft een gezin met 2 kinderen en een full time baan als installateur. Mooi en afwisselend werk. Hij voetbalt met een vriendengroep in een zaalvoetbalcompetitie voor bedrijven, maar bij dat sporten staan gezelligheid en een uitgebreide ‘derde helft’ met een biertje en een bitterballetje voorop. Gerrit is best een Bourgondiër. Gerrit is al 8 jaar niet meer bij de huisarts geweest. Hij is eigenlijk ook nooit ziek. Maar in zijn achterhoofd knaagt wel dat zowel zijn vader als zijn oom op redelijk vroege leeftijd een hartinfarct hebben gehad.

## Nu

Gerrit gaat door op de huidige weg. Waarom zou hij dat ook niet doen? Het leven is immers om van te genieten en bovendien is hij nooit ziek. Waarom zou hij stoppen met de bitterballen en op zo’n onsmakelijke wortel gaan knagen? En waarom zou hij zich in het zweet werken zoals al die joggers die op weg lijken naar nergens?

**Waarom zou hij stoppen met de bitterballen en op zo’n onsmakelijke wortel gaan knagen?**

Ongemerkt ‘groeit’ hij met ruim 1 kilo per jaar. Z’n voetbalvrienden maken er grappen over in de kleedkamer dat z’n buik langzaam maar zeker tevoorschijn komt onder z’n voetbalshirt. Maar ach, een groter shirt is snel gekocht.

Totdat Gerrit op een ochtend ineens wakker wordt met het gevoel alsof er een olifant op zijn borst zit. Hij kan nauwelijks ademen en weet direct dat het helemaal mis is. Gelukkig heeft zijn vrouw het in de gaten. De ambulance is razendsnel ter plekke en een dag en een meervoudige bypassoperatie later weet Gerrit dat zijn leven nooit meer hetzelfde zal zijn. Vanaf nu is hij blijvend hartpatiënt, veroordeeld tot medicatie, controles en een radicaal andere leefstijl. Of hij ooit nog kan voetballen met zijn vrienden is de vraag.

### Straks

Gerrit baalt stiekem wel een beetje van zijn buik en als hij eerlijk is maakt hij zich toch wel een heel klein beetje zorgen over zijn gezondheid in de toekomst. Hij weet ook dat hij wel wat hulp kan gebruiken om zijn leefstijl een beetje aan te passen en is blij verrast als zijn huisarts hem een preventie-check aanbiedt. De uitkomst (zijn cholesterolwaarde zit duidelijk te hoog) leidt tot een goed gesprek met de huisarts. Gerrit voelt nu echt de noodzaak om stappen te gaan zetten voor een gezondere leefstijl.

Wat Gerrit helpt is dat zijn zorgverzekeraar hem met een gericht leefstijl en monitoring programma kan helpen. Hij krijgt een slim horloge en korting op zijn polis. Bij Gerrit worden allerlei vitale functies continue gemeten via zijn slimme horloge, gedeeld met een speciaal centrum dat de data analyseert en feedback geeft aan Gerrit, zijn huisarts en zijn gezondheidscoach.

Met die gezondheidscoach, die Gerrit 1 keer per jaar spreekt, is zijn gezondheidstoestand doorgenomen en is op basis van zijn (DNA) data en andere gegevens vastgesteld wat voor hem een goede levensstijl is zodat zorg voorkomen wordt. Gerrit krijgt positieve berichten als zijn gedrag geheel in lijn is met de gestelde doelen en het gewenste gedrag. Het motiveert Gerrit om zijn nieuwe gezonde levensstijl vast te houden! Hij valt nog af ook.

**Het motiveert Gerrit om zijn  
nieuwe gezonde levensstijl vast te  
houden!**

## PLUS PUNTEN

- + ECHTE GEDRAGSVERANDERING DOOR GOEDE COACHING
- + MINDER STRESS DOOR BETER INZICHT
- + ZORG VOORKOMEN DOOR GERICHTE PREVENTIE
- + LAGERE ZORGKOSTEN EN LANGERE ARBEIDSPARTICIPATIE

“  
**HANNA BLIJFT  
WORSTELN MET DE  
BIJEFFECTEN NA DE  
BEHANDELING VAN  
BORSTKANKER.** ”



# HANNA

---

## 45 JAAR, RECENT BEHANDELD VOOR BORSTKANKER

Hanna is 45, heeft een gezin met 3 kinderen, een drukke baan en een leuk sociaal leven. Ondanks een gezond leven, is bij Hanna borstkanker geconstateerd. Gelukkig is het in een vroeg stadium geconstateerd en heeft ze succesvol een behandeling kunnen ondergaan. Wel kampt ze af en toe nog met pijn en blijft ze last houden van sombere gevoelens, iets wat ze niet in haarzelf herkent. Haar vrienden spreken over haar als iemand die ‘kanker overwonnen heeft’. Maar Hanna blijft worstelen met de bijeffecten.

### Nu

Voor Hanna is, zoals het in de medische richtlijn staat, de ‘controlefase’ begonnen. Ze krijgt hormoontherapie en om de 3 tot 6 maanden moet ze naar het ziekenhuis komen voor controles bij de oncoloog of chirurg.

### Ze mist de echte aandacht

Die controles zijn voor haar lastig in te passen. Ze moet er iedere keer opnieuw vrij voor nemen. En de ziekenhuisomgeving herinnert haar iedere keer opnieuw aan de ernstige ziekte die haar getroffen heeft. De regelmatige ziekenhuisbezoeken helpen haar ook

niet om van haar pijn en somberheid af te komen. De bezoeken aan de specialist lijken erg gestandaardiseerd en voelen overbodig. Ze mist de echte aandacht, bijvoorbeeld voor haar blijvende pijnproblemen en haar worsteling om het normale leven weer op te pakken.

Hanna twijfelt of ze met die klachten dan maar naar de huisarts moet gaan. Ze staat toch al onder controle? En zorg neemt al zo’n grote hap uit haar leven. Ze struint het internet af op zoek naar informatie van andere patiënten die hetzelfde hebben meegemaakt. Het gewone leven weer helemaal oppakken lukt haar nog niet.

**Straks**

Hanna gaat periodiek naar de huisarts in haar dorp om bloed te laten prikken. De bloedwaarden worden geanalyseerd en met de behandelend oncoloog gedeeld. Alleen als het echt nodig is, vraagt hij Hanna naar het ziekenhuis te komen. Of als Hanna zelf aangeeft daar behoefte aan te hebben. Anders is er, als Hanna dat wil, een kort videoconsult om Hanna gerust te stellen over de goede bloedwaarden.

**Het is een laagdrempelig platform om lotgenoten uit heel het land te kunnen spreken en het geeft Hanna veel rust.**

Hanna heeft ook een app op haar telefoon, specifiek voor borstkanker patiënten. Ze houdt daarmee continue bij hoe het fysiek en mentaal met haar gaat, wat haar behandelteam in het ziekenhuis en haar huisarts kunnen volgen. Indien nodig, of op afroep, neemt het behandelteam contact met Hanna op. Hierbij speelt ook de verpleegkundig specialist een grote rol, met veel aandacht voor het mentale welzijn van Hanna.

Via deze app heeft Hanna ook contact met andere patiënten om ervaringen en verhalen uit te wisselen. Het is een laagdrempelig platform om lotgenoten uit heel het land te kunnen spreken en het geeft Hanna veel rust. Ze is niet de enige die zich af en toe somber voelde. Hanna's weinig zinnige bezoeken aan het ziekenhuis zijn verminderd met een factor 4 en de gesprekken die wel plaatsvinden stellen Hanna centraal en gaan over de vragen waar zij mee zit. Stap voor stap gaat ze vooruit en pakt ze haar normale leven weer op. Hanna durft weer vooruit te kijken.

## PLUS PUNTEN

**+** BETERE TOEGANKELIJKHEID VAN PASSENDE ZORG, 24/7

**+** MEER 'IN CONTROL' DOOR MONITORING EN SAMEN  
BESLISSEN

**+** HOGERE KWALITEIT VAN LEVEN,  
MINDER ANGST, EENZAAMHEID

**+** LAGERE KOSTEN DOOR MINDER, MAAR PASSENDE ZORG

“  
**SLECHT NIEUWS, JE  
HEBT LONGKANKER**”



# ALBERT

45 JAAR, LONGKANKER

Albert is gelukkig getrouwd met Sonja en heeft twee kinderen die naar de middelbare school gaan. Albert heeft zijn hele leven relatief gezond geleefd, hij sport regelmatig en rookt niet. Een tijdje terug begon hij klachten te krijgen: een vervelende hoest die maar niet over ging en langzaam maar zeker steeds pijnlijker werd. Zijn huisarts vertrouwde het niet en liet Albert een aantal tests ondergaan. De uitslag van die tests werd door de huisarts onlangs aan Albert meegedeeld. In een zin: “slecht nieuws, je hebt longkanker”.

## Nu

Albert wordt doorverwezen naar zijn lokale ziekenhuis. Daar wordt de standaard behandeling gestart, een chemokuur. Albert verdraagt de chemokuur slecht. Zijn behandeltraject wordt gestaakt en hij wordt vanwege de bijwerkingen opgenomen in het ziekenhuis.

Albert wil een second opinion in de hoop een scherpere diagnose en betere behandeling te krijgen. Zijn medische gegevens zijn echter niet centraal beschikbaar en voor zover ze beschikbaar zijn, mogen ze niet zomaar met andere artsen uitgewisseld worden. Doodziek zet Albert met steun van zijn familie toch door. Mede op basis van de second opinion ondergaat Albert aansluitend twee andere therapieën.

Albert blijft zoeken naar betere behandelopties. Hij leest dat er meer geavanceerde DNA technieken zijn waarmee een profiel van de hele tumor gemaakt kan worden. Volgens zijn arts is die test voor Albert overbodig. Het ziekenhuis wordt er ook niet voor vergoed. Maar Albert geeft niet op, baant zich een weg door de voor hem onbekende wereld van de zorg en vindt een behandelaar die wél bereid is de uitgebreide DNA test te laten doen. Hij blijkt een zeldzame genmutatie te hebben, waarvoor een ‘targeted therapie’ beschikbaar is. Eindelijk kan Albert beginnen aan een passende behandeling.

**Gedurende het gehele traject  
voelen Albert en zijn familie zich  
erg alleen en kwetsbaar.**

**Straks**

Albert wordt doorverwezen naar een gespecialiseerd diagnostisch centrum. Daar is al zijn medische informatie aanwezig en wordt direct met behulp van de nieuwste DNA sequencing technieken het specifieke profiel van zijn tumoren in kaart gebracht.

## **Albert heeft 2 artsen laten meekijken voor een second opinion.**

Op basis van zijn resultaten en data-analyse blijkt dat Albert's tumor het meest overeenkomt met tumoren van

borstkankerpatiënten en wordt hij gericht doorverwezen naar een gespecialiseerd tumorcentrum. Daar wordt, mede na uitvoerig overleg met Albert en zijn familie, een behandeling gestart die op basis van uitkomstdata van gelijksoortige patiënten leidt tot de hoogste overlevingskansen met de minste bijwerkingen. Albert heeft 2 artsen laten meekijken voor een second opinion. Daarvoor hoeft Albert slechts de artsen uit te nodigen via zijn persoonlijke gezondheidsapp. Dat systeem is aangesloten op alle ziekenhuizen en gespecialiseerde centra.

De resultaten van de eerste behandelingen zijn direct erg goed. Er zijn weinig bijwerkingen en de tumor kan al niet meer waargenomen worden. Albert heeft zijn werk weer op kunnen pakken en voelt zich goed.

## PLUS PUNTEN

- + GOEDE VERWIJZING DOOR JUISTE INZICHTEN
- + HOGERE KANS OP OVERLEVING DOOR SNELLE DOORVERWIJZING
- + JUISTE BEHANDELING DOOR DNA DIAGNOSTIEK EN TARGETED THERAPY
- + MINDER ZORGKOSTEN DOOR MINDER MEDISCHE FOUTEN EN SNELLER HERSTEL
- + HOGERE KWALITEIT VAN LEVEN, MINDER ANGST

“  
**STEEDS VAKER ZIT  
HAAR COPD IN DE WEG  
VOOR EEN ACTIEF EN  
SOCIAAL LEVEN**”



# INESZ

## 74 JAAR, COPD PATIËNT

Sinds het overlijden van haar echtgenoot, ruim 10 jaar geleden, is Inesz alleen. Dat is vaak moeilijk, maar ze weigert bij de pakken neer te zitten. Ze heeft een actief leven en een ruim sociaal netwerk in de straat, haar dorp en in de kerk. Maar steeds vaker zit haar COPD haar in de weg. Die is sinds 5 jaar enorm verergerd. Ze heeft goede en slechte dagen. Op hele slechte dagen, die zomaar onverwacht kunnen gebeuren, kan ze bijna niets en heeft ze regelmatig het gevoel dat ze stikt.

### Nu

Inesz doet er echt alles aan om in een goede conditie te blijven. Twee keer per week gaat ze naar de fysiotherapeut die haar helpt met een goed beweegprogramma. De fysiotherapeut heeft helaas geen toegang tot haar medische dossier, waardoor niet helemaal zeker is of het programma dat ze doet precies in lijn is met de laatste uitslagen bij de longarts.

### **... al twee keer halsoverkop opgenomen in het ziekenhuis. Dat maakt haar angstig.**

Ze voelt zich de laatste tijd redelijk goed, maar COPD blijft onvoorspelbaar. Ze moet iedere drie maanden op

controle komen bij de longarts in het ziekenhuis 15 km verderop. Ondanks die controles is ze de afgelopen jaren al twee keer halsoverkop opgenomen in het ziekenhuis. Dat maakt haar angstig.

Na een paar regenachtige en gure dagen wordt ze toch weer erg benauwd en krijgt ze hevige hoestbuien. Het maakt haar enorm angstig. Inesz belt de huisarts die na veel aandringen op bezoek komt en concludeert dat er toch een longarts naar haar moet kijken. Gelukkig kan ze daar de volgende dag al terecht, maar de rest van de dag en de nacht zijn angstig en benauwd.

De zoon van Inesz die 150 km bij haar vandaan woont kan haar naar het ziekenhuis brengen. Daar blijkt het helaas opnieuw mis en wordt Inesz opgenomen. Hopelijk komt ze er deze keer weer redelijk goed uit, maar het blijft een weerbarstige ziekte.

### Straks

Het beweegprogramma van Inesz bij de fysiotherapeut sluit perfect aan bij haar gezondheidstoestand van het moment. Inesz en de fysiotherapeut zijn daar helemaal van op de hoogte dankzij het digitale platform waarin alle medische informatie van Inesz zit, aangevuld met de dagelijkse metingen van haar slimme horloge. Inesz vult deze informatie dagelijks aan door zich te wegen en haar gewicht in te typen in een makkelijk programma op een tablet. Een kind kan de was doen.

**Inesz en de fysiotherapeut zijn daar helemaal van op de hoogte dankzij het digitale platform waarin alle medische informatie van Inesz zit.**

Via dat programma wordt Inesz niet alleen gemonitord door de fysiotherapeut, maar ook door de longverpleegkundige en de longarts. Als haar waarden uit de pas beginnen te lopen, neemt de verpleegkundige direct contact met haar op. Als het nodig is sluit ook de longarts aan. Vrijwel altijd kunnen ze haar direct op afstand helpen met adviezen en aanpassing van de medicatie. Het is pas één keer voorgekomen dat de longarts haar toch vroeg direct naar het ziekenhuis te komen. Dat was maar goed ook, want daar bleek dat ze een longontsteking had. Dat had niet nog twee of drie dagen moeten sluimeren, want dan was het allemaal een stuk erger geworden.

Inesz ziet de longverpleegkundige en de longarts veel vaker dan in het verleden, maar hoeft daarvoor vrijwel nooit meer te reizen. Zo voelt zich geborgd en stort zich, voor zover haar ziekte het toe laat, vol overgave op haar sociale leven.

## PLUS PUNTEN



PASSENDE, INTEGRALE ZORG DOOR GOEDE  
DATAUITWISSELING



BETER ZELFMANAGEMENT DOOR VOLLEDIG INZICHT



MINDER SPOEDOPNAMES DOOR 24/7 MONITORING



MINDER STRESS EN ANGST, MEER ECHTE AANDACHT



MINDER ZORGKOSTEN

“  
...TOEN DE ANDERE  
KINDJES BEGONNEN  
TE PRATEN ZEI SOPHIE  
NOG STEEDS NIETS ”



# KLAAS-JAN

---

## DOCHTER SOPHIE MET WEESZIEKTE

Als baby viel bij Sophie nog niets op, maar toen de andere kindjes begonnen te praten zei Sophie nog steeds niets. Klaas-Jan en zijn vrouw dachten aanvankelijk dat het niets ergs zou zijn maar als gaandeweg de achterstand van Sophie groter wordt, gaan ze samen met de huisarts op onderzoek uit. De huisarts kan niet achterhalen wat er met Sophie aan de hand is. Hij vermoed een zeldzame ziekte en verwijst haar daarom door naar een UMC voor een diagnose en hopelijk een behandeling

### Nu

In het UMC begint een zoektocht met verschillende diagnose technieken. Het duurt een half jaar voordat geconcludeerd wordt dat Sophie een genmutatie heeft die leidt tot een zeer zeldzame ziekte waarover weinig bekend is. De artsen in het UMC hebben dit specifieke profiel nog niet eerder gezien.

### **Het duurt een half jaar voordat geconcludeerd wordt dat Sophie een genmutatie heeft...**

Jaar na jaar gaat Klaas-Jan bijna wekelijks met zijn dochter naar verschillende ziekenhuizen, op zoek naar een betere diagnose en een passende behandeling.

Artsen geven aan dat voor zover zij het weten slechts 4 kindjes in Nederland ook deze genmutatie en bijbehorend ziektebeeld hebben. Er is weinig bekend over de status van de ziekte in de rest van de wereld. Er is geen behandeling voor Sophie's ziekte en vanwege het zeer beperkte aantal patiënten in Nederland kan er ook geen passende studie opgezet worden.

Ondertussen verslechtert de conditie van Sophie en ligt Klaas Jan nachten lang wakker te piekeren wat hij moet doen. Om alle doktersbezoeken mogelijk te maken en voldoende voor Sophie en zijn gezin te kunnen zorgen wisselt Klaas- Jan zijn goed betalende drukke baan in voor een eenvoudiger baan dicht bij huis. Zijn vrouw en hij groeien uit elkaar omdat ze elkaar emotioneel niet meer kunnen vinden. Ondanks al zijn inzet en de goede bedoelingen van artsen lijkt er geen oplossing voor Sophie in zicht.

**Straks**

‘Zeldzaam hoeft niet zeldzaam te zijn’ is het nieuwe uitgangspunt. Van Sophie wordt een compleet DNA profiel gemaakt. De DNA data wordt via een digitaal platform eenvoudig gedeeld met een gespecialiseerd lab dat met behulp van de data-analyse software razendsnel de specifieke mutatie vindt.

## **Zeldzaam hoeft niet zeldzaam te zijn is het nieuwe uitgangspunt.**

Op basis van de resultaten wordt Sophie via een precision medicine expertise centrum doorgestuurd naar een arts die gespecialiseerd is in deze genmutatie en haar case. Hierdoor hoeft Klaas-Jan niet elke week ergens anders

naartoe te reizen. Bijna alle consulten vinden digitaal plaats via e-consulten. Hierdoor kan Klaas-Jan de zorg van zijn dochter beter combineren met zijn werk. Tevens is er een digitale coach en hebben ze toegang tot lotgenoten en educatieve programma's die zowel Sophie als haar vader en moeder leren omgaan met de ziekte.

Alle data wordt gebundeld en ontsloten via een Europees onderzoeksinstituut voor zeldzame ziekten dat verbindingen heeft met de rest van de wereld. Niet alleen artsen en universiteiten, maar ook biotech- en farmabedrijven hebben toegang. Dat versnelt de inzichten in de klinische behandeling en het onderzoek enorm en zorgt voor extreem veel lagere ontwikkelkosten voor nieuwe therapieën. Er is hoop dat Sophie binnen 2 jaar toegang heeft tot een gerichte behandeling.

## PLUS PUNTEN

- + SNELLE DOORVERWIJZING DOOR JUISTE DATA
- + BETERE, PASSENDE ZORG DOOR CONCENTRATIE
- + BETER ONDERZOEK EN ONTWIKKELING DOOR DATA BUNDELING
- + BETER ZELFMANAGEMENT DOOR EDUCATIE EN SUPPORT
- + HOGERE KWALITEIT VAN LEVEN, ZEKERHEID, VERBONDENHEID
- + HOGERE ARBEIDSPARTICIPATIE DOOR MINDER ZIEKENHUISBEZOeken

“

**WILLEM EN BRENDA  
ZIJN AL DECENNIALANG  
ONAFSCHEIDELIJK. ”**



# WILLEM EN BRENDA

## DOCHTER SOPHIE MET WEESZIEKTE

Willem en Brenda zijn al decennialang onafscheidelijk. Dit jaar vieren ze hun 50-jarige huwelijksfeest. Eigenlijk zijn ze in al die jaren dat ze bij elkaar zijn nauwelijks ziek geweest. Willem is wel een beetje minder goed ter been aan het worden en hoopt in de loop van het jaar een nieuwe heup te krijgen. Ook zijn hart wordt wat minder, maar daarvoor slikt hij medicatie en staat hij onder controle van een cardioloog. Brenda werd drie jaar geleden langzaam maar zeker vergeetachtig. Inmiddels is dat verergerd en is duidelijk geworden dat ze leidt aan dementie. De meeste dagen gaat het goed met haar, maar zo nu en dan is ze erg in de war. Zo lang ze bij Willem is gaat het echter goed.

### Nu

Langzaam maar zeker gaat het slechter met Brenda, wat naar is voor haar en heel zwaar voor Willem. Het leed voltrekt zich in stilte. Niemand weet er eigenlijk van. Willem moet steeds meer voor haar zorgen, kan eigenlijk ook niet meer even weg om boodschappen te doen omdat Brenda dan heel erg in de war raakt en gaat zwerven. Laatst was ze helemaal in paniek de straat op gegaan, huilend en gillend.

Maar toen Willem ineens voor zijn hartkwaal toch naar het ziekenhuis moest escaleerde de situatie volledig. Een dochter die tijdens het verblijf van Willem in het ziekenhuis op Brenda moest passen zag geen andere optie meer dan de ambulance te bellen. Op de SEH wisten ze niet wat ze met de totaal verwarde en

paniekerige Brenda aan moesten. Ze gaven haar een tijdelijk bed op een afdeling waar plek was en gingen halsoverkop op zoek naar een plek in het verpleeghuis. Dat was in de buurt niet te vinden.

### **Brenda herkent niets en niemand in het verpleeghuis en gaat zeer snel achteruit.**

Brenda werd 50 km verder met spoed in het enige verpleeghuis geplaatst dat een plek had. Willem is maar heel beperkt in staat haar daar nog te bezoeken. Brenda herkent niets en niemand in het verpleeghuis en gaat zeer snel achteruit.

**Straks**

Via een eenvoudige app deelt Willem zijn en Brenda's welbevinden met de huisarts, het wijkteam en de kinderen. Als blijkt dat het welbevinden terugloopt komt het wijkteam een kijkje nemen en doet samen met Willem suggesties voor passende zorg die hem ontlast en het leven voor Brenda aangenaam houdt.

## **Willem heeft veel steun aan de speciale cursus 'zorgen voor anderen'**

Willem heeft veel steun aan de speciale cursus 'zorgen voor anderen' die zijn zorgverzekeraar hem heeft aangeboden toen hij 65 werd. De cursus was gratis en leverde hem ook nog eens extra korting op zijn zorgverzekering op.

Zodra het met Brenda weer iets slechter gaat kan ze verblijven in een speciaal Geriatrisch Expertise Centrum. Ondertussen wordt gezocht naar een plek in een fijn verpleeghuis in de buurt, waar Brenda terecht kan als het echt niet meer zelfstandig kan. Daar kan Willem haar dagelijks bezoeken en voor een deel voor haar blijven zorgen.

## PLUS PUNTEN

**+** PASSENDE ZORG DOOR GOEDE COÖRDINATIE

**+** BETERE MANTELZORG DOOR EDUCATIE

**+** ZORG DICHTBIJ BESCHIKBAAR DOOR GERIATRISCH  
EXPERTISE CENTRUM

**+** MINDER STRESS DOOR GOEDE ONDERSTEUNING

**+** LAGERE ZORGKOSTEN DOOR MINDER BEZOEKEN  
AAN SEH

“  
**IN HAAR JEUGD IS  
ZE LICHAMELIJK  
MISHANDELD DOOR  
HAAR KLASGENOTEN**”



# ILSE

---

22 JAAR, STUDENT, GGZ

Ilse is 22 jaar oud en studeert Sociologie aan de universiteit Utrecht. Ilse woont thuis bij haar ouders en heeft het moeilijk. In haar jeugd is ze lichamelijk mishandeld door haar klasgenoten op de middelbare school. Van deze gebeurtenis ervaart Ilse nog steeds regelmatig herbelevingen. Ilse heeft steun nodig, maar kan met haar hulpvraag niet terecht bij haar ouders. Zij negeren haar problemen en zijn niet bereid naar haar te luisteren. Met veel twijfel besluit ze hulp te zoeken bij de huisarts.

## Nu

De huisarts adviseert Ilse om eerst een paar keer te praten met de praktijkondersteuner (POH-GGZ). Helaas ervaart Ilse geen klik met de behandelaar en voelt ze zich onbegrepen. Na overleg is de huisarts bereid haar door te verwijzen naar een andere instelling.

**... blijkt de organisatie een wachtlijst te hebben van 4 maanden.**

Vanaf dat moment begint voor Ilse een grote zoektocht. Bij welke instelling kan ze terecht en welke past bij haar?

Ze heeft geen idee. En als ze na veel googelen en online vergelijken een prettige instelling heeft gevonden, blijkt de organisatie een wachtlijst te hebben van 4 maanden.

Ze kiest daarom maar voor een GGZ-organisatie, waar ze sneller aan de beurt is. Na het afnemen van meerdere intakegesprekken en psychodiagnostische testen is Ilse inmiddels alweer een maand verder. Tijdens de intakefase bleek haar casus niet te passen bij de inclusiecriteria van de instelling. Hierdoor is Ilse geweigerd als patiënt.

Na een paar maanden klopt Ilse aan bij een andere GGZ-organisatie. Het hele traject begint weer opnieuw. Ilse hoopt dat de uitkomst deze keer beter zal zijn.

**Straks**

De huisarts verwijst Ilse direct door naar een coördinatiepunt voor mentaal welzijn. Dit coördinatiepunt heeft overzicht over alle beschikbare mentale zorgverlening in de regio. In het centrum is veel tijd en aandacht voor Ilse. Er wordt snel een accurate indicatiestelling uitgevoerd. Daarnaast kan Ilse meteen aan de slag met oefeningen en E-health ondersteuning. De gesprekken met de psycholoog starten volgende week.

Gedurende de behandeling blijkt Ilse baat te kunnen hebben bij psychologische interventies, die haar huidige behandelaar niet kan toepassen. Er is besloten om Ilse een aanvullend traject aan te bieden, waarbij zij naast haar reguliere sessies een aantal keer langs gaat bij een

gespecialiseerde psychiater, die deze interventies wel kan verlenen.

**De combinatie van de snelle  
diagnose en het gerichte  
behandelprogramma stelt Ilse  
gerust.**

De combinatie van de snelle diagnose en een behandelprogramma specifiek gericht op haar hulpvragen stelt Ilse gerust. Ze ziet de toekomst met vertrouwen tegemoet.

## PLUS PUNTEN



OVERZICHT VAN PASSENDE ZORG DOOR OPTIMALE  
DATA-UITWISSELING



SNELLERE TOEGANG TOT ZORG DOOR JUISTE VERWIJZING



BETERE ZORG DOOR JUISTE KOPPELING  
VRAAG EN AANBOD



MINDER STRESS EN GEDOE DOOR MINDER  
'VAN KASTJE NAAR DE MUUR'



BETERE KWALITEIT VAN LEVEN DOOR PASSENDE,  
PERSOONLIJKE ZORG

“  
ALS ARTS WIL HIJ  
HET LIEFST ZO VEEL  
MOGELIJK TIJD  
BESTEDEN AAN ZIJN  
PATIËNTEN ”



# JAAP

60 JAAR, ARTS, CARDIOLOOG

Jaap is 60 jaar en als cardioloog doorgespecialiseerd in genetische hartziektes. Als expert is hij verbonden aan 6 verschillende ziekenhuizen. Als arts wil hij het liefst zo veel mogelijk tijd besteden aan zijn patiënten, de mogelijkheid hebben om naar hen te luisteren, goede analyses te maken en zo goed mogelijk te behandelen. Voor een goede diagnose en behandeling voor zijn vaak complexe patiënten moet Jaap samenwerken met veel verschillende specialisten.

## Nu

Jaap houdt van zijn vak en het werken met patiënten, maar die tijd wordt steeds minder. Dat bederft het werkplezier.

## Hij heeft het gevoel dat hij primair bezig is met systemen die niet werken...

Jaar na jaar worden de ICT systemen waar hij mee moet werken anders en bewerkelijker. Tot overmaat van ramp doet ieder ziekenhuis het weer anders en kan hij niet fatsoenlijk informatie over zijn patiënten uitwisselen. Dat maakt het lastig om zijn patiënten goed te behandelen. En alle informatie die hij via uitwisseling niet krijgt moet hij

zelf zien te vinden en weer aanvullen. Dit kost ontzettend veel tijd die niet ten gunste komt van de patiënt. Jaap wordt er soms moedeloos van.

Intussen zit de wachtkamer iedere dag overvol en staat Jaap continu onder druk. Hij heeft het gevoel dat hij primair bezig is met systemen die niet werken, systemen waarin hij de hele tijd allerhande in zijn ogen zinloze registraties zit in te voeren. Hij wordt er dol van. Hij heeft dit al meerdere keren aangekaart bij de Raad van Bestuur, maar hij heeft niet het gevoel dat er veel met zijn opmerkingen gebeurt.

Als het zo door gaat stopt Jaap voor zijn pensioendatum, artsentekort of niet. Maar dat stoppen is dan wel met pijn in het hart.

**Straks**

Jaap gaat met veel plezier naar zijn werk. Dankzij een integrale ICT-data-infrastructuur maakt het niet uit waar hij zijn zorg levert. Op iedere plek is altijd alle benodigde informatie over de patiënt aanwezig. Het systeem waar hij in moet werken en registreren is intuïtief en aangepast aan het juiste zorgpad en werkproces. Dat scheelt voor hem enorm veel tijd en gedoe. Die tijd kan hij aan zijn patiënten besteden. Zowel Jaap als zijn patiënten knappen daar van op.

**... patiënten hebben hun persoonlijke slimme zorgplatform waarin ze hun persoonlijke informatie en metingen hebben.**

Wat hij ook een prachtige ontwikkeling vindt, is dat patiënten hun persoonlijke gezondheidsapp hebben waarin ze hun persoonlijke informatie en metingen hebben. Als Jaap er naar vraagt geven patiënten vrijwel altijd toegang tot dat platform. Daardoor kan hij de zorg nog meer op maat leveren. Dankzij het slimme zorgplatform zijn de uitkomsten van zijn interventies voor de patiënt ook snel in beeld. Op basis daarvan kan hij de zorg voor patiënten steeds verder verbeteren.

Op deze manier gaat Jaap graag tot ruim na zijn pensioendatum door in zijn prachtige vak.

## PLUS PUNTEN



MEER TIJD VOOR PATIËNTEN DOOR MINDER  
TECHNISCHE ROMPSLOMP



BETER PASSENDE ZORG DOOR MEER AANDACHT EN TIJD



TIJD VOOR PREVENTIE, COACHING,  
SAMEN BESLISSEN



HOGERE TEVREDENHEID DOOR BETERE RESULTATEN  
EN BLIJERE PATIËNTEN



LANGERE ARBEIDSPARTICIPATIE DOOR PLEZIER  
IN HET WERK

“  
**NIEMAND HEEFT  
HAAR OOIT GEVRAAGD  
OF ZE HAAR UREN UIT  
ZOU WILLEN BREIDEN.**”



# GRACE

---

## 53 JAAR, WIJKVERPLEEGKUNDIGE

Grace is 53 en werkt sinds jaar en dag als wijkverpleegkundige. Ze heeft met hart en ziel voor dit mooie beroep gekozen. Ze levert belangrijke zorg in steeds wisselende omgevingen. Geen dag is hetzelfde. Haar kinderen zijn inmiddels het huis uit en daardoor zou ze eigenlijk wel wat meer uren kunnen werken dan de 20 uur per week die ze nu werkt. Maar niemand heeft haar ooit gevraagd of ze haar uren uit zou willen breiden. Vreemd eigenlijk, want haar werkgever heeft enorm veel onvervulde vacatures en de werkdruk neemt alleen maar toe. Grace heeft zich mogen specialiseren in wondverpleging. Daardoor kan ze met behulp van gespecialiseerde kennis en vaardigheden de wonden van haar patiënten zo verzorgen dat ze beter en sneller herstellen en complicaties worden voorkomen. Grace heeft veel ervaring en doordat ze bij mensen thuis komt hoort en ziet ze van alles. Daar zou ze graag veel meer mee doen.

### Nu

Grace krijgt 's ochtends na het teamoverleg het rooster voor haar ronde. Het is een afwisselende dag met een mix van patiënten met een lichte zorgvraag en patiënten met een zwaardere zorgvraag.

### ... wondpatiënten worden ook door minder ervaren collega's geholpen.

De meeste patiënten hebben wondproblemen. Die worden door Grace geholpen als ze beschikbaar is, maar doordat er veel meer wondpatiënten zijn dan Grace uren heeft, worden ze ook door minder ervaren

collega's geholpen. Dat is te zien in de ontwikkeling van de wonden: die herstellen een stuk minder snel dan zou kunnen en patiënten ontwikkelen daardoor aanvullende klachten. Laatst moest een patiënt zelfs opgenomen worden in het ziekenhuis vanwege een wond die niet goed genas.

Bij mw. Van der Veen merkte ze dat mevrouw erg vergeetachtig wordt en dat het huis ook vies is. Grace denkt dat er snel grote problemen kunnen ontstaan als mw. Van der Veen niet wat beter in de gaten gehouden wordt. Maar waar kun je dan terecht? Grace maakt een korte aantekening in haar dossier maar moet dan weer snel door naar de volgende patiënt.

**Straks**

Grace werkt inmiddels 32 uur in de week. Daardoor verdient ze meer en kan ze fors meer werk verzetten.

De extra uren gebruikt ze vooral door patiënten op afstand te monitoren en haar collega's te helpen goede wondzorg te leveren. Een goede wondzorg app helpt daar bij. Alle patiënten krijgen daardoor de juiste en gespecialiseerde zorg. Door haar collega's als dat kan, door haar als het écht ingewikkeld wordt.

Als ze tijdens haar werk dingen constateert die het welbevinden van patiënten raken, kan ze die op een laagdrempelige manier digitaal melden bij het wijkteam. Daarmee delen ze het dossier, zodat er overzicht is over alles wat er voor een patiënt speelt. Het wijkteam kan daardoor de juiste interventie op het juiste moment bieden. Fijn dat ze voor mw. Van der Veen een maatschappelijk werker hebben gevonden die haar helpt.

**De extra uren gebruikt ze vooral  
door patiënten op afstand te  
monitoren en haar collega's te  
helpen goede wondzorg te leveren.**

## PLUS PUNTEN

**+** BETERE ZORG DOOR OPTIMAAL INZETTEN VAN TALENT

**+** MEER ZORG DOOR BETERE BENUTTING VAN CAPACITEIT

**+** MINDER MEDISCHE ZORG DOOR BETERE MONITORING

**+** PASSENDE, INTEGRALE ZORG DOOR GOED COÖRDINATIE

## SLOTWOORD

De transformatie van de oude wereld naar de toekomst betreft een grote transitie. Verandering begint bij het gebruik van onze verbeeldingskracht, een gedeelde droom en de juiste mindset. Het zorgsysteem zoals geschetst in dit document betreft onze droom voor de toekomst. Om hier te komen is het belangrijk dat we met elkaar stappen gaan zetten.

Stappen naar een gezamenlijk eindplaatje. Niet mijn stappen naar mijn doel met mijn organisatie. Dan komen we er niet. Onze stappen naar een gezamenlijk eindplaatje waarin wel degelijk alle partijen een goede plek kunnen hebben en waar we gezamenlijk duurzame en passende zorg leveren

Dat vereist visie, lef en leiderschap

**Laten we nú zorgen voor later.**

Vintura

# DANKWOORD

Deze oproep had niet tot stand kunnen komen zonder alle personen die ons op allerlei manieren hebben geholpen. Mede dankzij hun goede ideeën, scherpe analyses, stevige kritieken, behulpzame suggesties, bemoedigende woorden en mooie voorbeelden zijn we in staat geweest de oproep stap voor stap scherper, beter en mooier te maken. Iedereen die een bijdrage heeft geleverd, in welke vorm dan ook, willen we daarom bij deze enorm bedanken!



JULIANALAAN 8 \ 3743 JG BAARN \ +31 35 54 33 540